

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 6 Juillet 1894, à 1 heure*

PAR FRANCIS RADIER,

Né à Drouges (Ille-et-Vilaine), le 1<sup>er</sup> décembre 1862.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Déchirures du Périnée

ET DE LEUR TRAITEMENT PRIMITIF

*Président : M. TILLAUX, Professeur.*

*Juges : MM. { NICAISE, Professeur.  
                  { RICARD et POIRIER, Agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1894



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

372

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 6 Juillet 1894, à 1 heure*

PAR FRANCIS RADIER,

Né à Drouges (Ille-et-Vilaine), le 1<sup>er</sup> décembre 1862.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Déchirures du Périnée

ET DE LEUR TRAITEMENT PRIMITIF

---

*Président : M. TILLAUX, Professeur.*

*Juges : MM. } NICAISE, Professeur.  
                  } RICARD et POIRIER, Agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1894

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

|                                                                         |                       |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Doyen</b> ..... M.                                                   | <b>BROUARDEL.</b>     |
| <b>Professeurs</b> .....                                                | <b>MM.</b>            |
| Anatomie.....                                                           | <b>FARABEUF.</b>      |
| Physiologie.....                                                        | <b>CH. RICHET.</b>    |
| Physique médicale.....                                                  | <b>GARIEL.</b>        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                                | <b>A. GAUTIER.</b>    |
| Histoire naturelle médicale.....                                        | <b>BAILLON.</b>       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                              | <b>BOUCHARD.</b>      |
| Pathologie médicale.....                                                | <b>DIEULAFOY.</b>     |
| Pathologie chirurgicale.....                                            | <b>DEBOVE.</b>        |
| Anatomie pathologique.....                                              | <b>LANNELONGUE.</b>   |
| Histologie.....                                                         | <b>CORNIL.</b>        |
| Opérations et appareils.....                                            | <b>MATHIAS DUVAL.</b> |
| Pharmacologie.....                                                      | <b>N.</b>             |
| Thérapeutique et matière médicale.....                                  | <b>REGNAULD.</b>      |
| Hygiène.....                                                            | <b>HAYEM.</b>         |
| Médecine légale.....                                                    | <b>PROUST.</b>        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                         | <b>BROUARDEL.</b>     |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                               | <b>LABOULBÈNE.</b>    |
|                                                                         | <b>STRAUS.</b>        |
|                                                                         | <b>G. SEE.</b>        |
| Clinique médicale.....                                                  | <b>POTAIN.</b>        |
|                                                                         | <b>JACCOUD.</b>       |
|                                                                         | <b>PETER.</b>         |
|                                                                         | <b>GRANCHER.</b>      |
| Clinique des maladies des enfants.....                                  | <b>BALL.</b>          |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-<br>céphale..... | <b>FOURNIER.</b>      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....                    | <b>CHARCOT.</b>       |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                           | <b>TILLAUX.</b>       |
|                                                                         | <b>LE FORT.</b>       |
| Clinique chirurgicale.....                                              | <b>DUPLAY.</b>        |
|                                                                         | <b>LE DENTU.</b>      |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                          | <b>GUYON.</b>         |
| Clinique ophtalmologique.....                                           | <b>PANAS.</b>         |
| Cliniques d'accouchements.....                                          | <b>TARNIER.</b>       |
|                                                                         | <b>PINARD.</b>        |

## *Professeurs honoraires*

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

## **Agrégés en exercice.**

|                     |                    |                             |                   |
|---------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------|
| <b>MM.</b>          | <b>MM.</b>         | <b>MM.</b>                  | <b>MM.</b>        |
| <b>ALBARAN.</b>     | <b>DELBET.</b>     | <b>MARIE.</b>               | <b>ROGER.</b>     |
| <b>ANDRÉ.</b>       | <b>FAUCONNIER.</b> | <b>MAYGRIER.</b>            | <b>SCHWARTZ.</b>  |
| <b>BALLET.</b>      | <b>GAUCHER.</b>    | <b>MENÉTRIER.</b>           | <b>SÉBILLEAU.</b> |
| <b>BAR.</b>         | <b>GILBERT.</b>    | <b>NÉLATON.</b>             | <b>TUFFIER.</b>   |
| <b>BRISAUD.</b>     | <b>GLEY.</b>       | <b>NETTER.</b>              | <b>VARNIER.</b>   |
| <b>BRUN.</b>        | <b>HEIM.</b>       | <b>POIRIER, chef des</b>    | <b>VILLEJEAN.</b> |
| <b>CHANTEMESSE.</b> | <b>JALAGUIER.</b>  | <b>travaux anatomiques.</b> | <b>WEISS.</b>     |
| <b>CHARRIN.</b>     | <b>LEJARS.</b>     | <b>QUÉNU.</b>               |                   |
| <b>CHAUFFARD.</b>   | <b>LETULLE.</b>    | <b>RETERER.</b>             |                   |
| <b>DEJÉRINE.</b>    | <b>MARFAN.</b>     | <b>RICARD.</b>              |                   |

*Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## CHAPITRE PREMIER

### **Introduction. — Division du sujet. — Considérations sur l'anatomie et la physiologie du périnée.**

La nécessité où nous nous sommes trouvé de mener de front la préparation de notre doctorat et l'exercice de la médecine à la campagne, nous a porté à choisir pour sujet de notre thèse inaugurale une question essentiellement pratique et sur laquelle notre expérience pouvait nous fournir quelques documents. Il nous a été donné d'observer un grand nombre d'accouchements, et, dans certains d'entre eux, nous avons vu se produire des déchirures plus ou moins étendues de la région périnéale. Les conséquences fâcheuses, proches et éloignées, de cette complication, malheureusement fréquente, ont attiré notre attention, et depuis longtemps, nous nous sommes efforcé de rechercher

les moyens de les prévenir ou de les traiter lorsqu'elles se sont produites. Ce sont nos idées sur cette question de pratique journalière que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation de nos juges. Nous n'avons pas, au reste, la prétention de modifier en quoi que ce soit l'état de la science sur ce point, nous tenons seulement à préciser les notions acquises et à exposer les règles de conduite à suivre en présence des déchirures du périnée et des accidents qui peuvent en résulter.

Nombreux ont été les travaux et les recherches qui ont porté sur cette complication fréquente des accouchements, même de ceux qui se présentent dans les meilleures conditions. On s'est efforcé depuis longtemps déjà d'en rechercher les causes, d'en indiquer le mécanisme, d'en signaler les variétés ; aujourd'hui, grâce aux bienfaits de la méthode antiseptique, on s'est particulièrement attaché à la description et à l'étude des procédés opératoires ayant donné les résultats les plus satisfaisants. Certains points ont cependant été laissés un peu dans l'ombre ; en particulier nous avons remarqué qu'on ne s'étendait pas assez longuement, dans les récents travaux publiés, sur le traitement prophylactique, c'est-à-dire sur les moyens qu'on pouvait avoir de prévenir les déchirures du périnée ; les conséquences fâcheuses auxquelles exposent ces déchirures démontrent la nécessité de mettre en œuvre toutes les ressources qu'on possède pour les éviter. L'importance physiologique du périnée est considérable ; son rôle de soutien des organes contenus dans le petit bassin apparaît, plus nettement encore qu'à l'état normal, lors-

que, devenu insuffisant, il ne remplit plus qu'imparfaitement la fonction qui lui est dévolue. On voit survenir alors un grand nombre de troubles, locaux ou généraux, pour lesquels on institue parfois un traitement, sans remonter à la cause qui les a provoqués. Il est fréquent de voir négliger ou méconnaître l'état de la région périnéale dans l'examen et le traitement de certaines affections des organes génitaux de la femme. Or ces affections, à notre avis, ne reconnaissent pas d'autre origine que l'affaiblissement du plancher pelvien consécutif à des déchirures du périnée.

Appeler l'attention sur la genèse de ces accidents, montrer qu'il faut s'attaquer à la cause si l'on veut voir disparaître les effets, nous semble faire œuvre utile, et notre modeste travail, à défaut d'autre, aura peut-être ce mérite. Il exposera tout au moins ce que nous croyons être la vérité.

Dans ce premier chapitre, nous croyons bon de rappeler brièvement la conformation anatomique de la région périnéale et d'en déduire le rôle physiologique. Elle permettra de mieux comprendre le mécanisme et les causes des déchirures, auxquels sera consacré le deuxième chapitre de ce travail. Dans le troisième nous nous attacherons à mettre en relief les conséquences fâcheuses de ces déchirures, à démontrer surtout dans quelles conditions mauvaises elles mettent les organes pelviens abaissés par suite de l'affaiblissement du plancher périnéal. L'étude de ces accidents mettra en évidence la nécessité d'éviter la production de leur cause, pendant le travail de l'accouchement ; nous indiquerons

les moyens qui sont à notre disposition pour empêcher les déchirures. Enfin, si elles se sont produites, nous dirons quel en doit être le traitement, que l'intervention opératoire soit immédiate ou éloignée. Ce traitement prophylactique et curatif fera l'objet d'un quatrième et dernier chapitre.

Avant d'entrer en matière, c'est pour nous un devoir bien agréable à remplir que d'offrir notre hommage de reconnaissance à nos maîtres de l'Ecole de médecine de Rennes qui nous ont donné, dans le cours de nos études médicales, tant de preuves de leur sympathie et de leur sollicitude. Nous tenons à remercier publiquement notre excellent confrère de Rennes, M. le docteur Lautier, qui nous a inspiré notre travail et a bien voulu nous communiquer quelques observations de sa pratique personnelle.

Enfin, nous prions M. le professeur Tillaux, d'agréer l'hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Au début de ce travail, nous croyons également qu'il est de notre devoir de citer les ouvrages qui nous ont facilité notre tâche. Nous avons eu recours aux excellents traités d'accouchements de MM. Tarnier et Chantruil, de MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage, ainsi qu'à celui de M. le docteur Auvard. Nous avons également tiré profit du magistral travail de MM. Farabeuf et Varnier, des leçons de clinique obstétricale de M. Budin, du Guide de diagnostic gynécologique de M. le docteur Berlin (de Nice). Enfin, nous avons trouvé des documents sérieux dans les thèses récentes de MM. La-

touche, Ardouin, Barbier, Couder, etc..., qui ont traité le même sujet que nous.

Quelques considérations d'anatomie et de physiologie du périnée nous paraissent indispensables avant d'aborder l'étude des déchirures que présente si fréquemment cette région.

Le plancher périnéal doit être considéré comme la paroi inférieure de l'abdomen et du bassin ; c'est une cloison épaisse et résistante qui ferme le détroit inférieur. Il est traversé sur la ligne médiane par trois canaux : l'urèthre, le vagin et le rectum. On donne le nom de périnée à la partie de ce plancher compris entre l'anus et la vulve ; on la désigne encore sous le nom de *périnée antérieure*, par opposition à celle qui est située en arrière de l'anus jusqu'à la partie inférieure du sacrum et qui porte le nom de *périnée postérieure*. Ces deux périnées peu marquées à l'état statique subissent une ampliation considérable à l'état dynamique, au moment de l'accouchement.

Au-dessous de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané on trouve une couche musculo-aponévrotique qui comprend :

a. — Un muscle très important que les anciens auteurs appelaient releveur de l'anus et que MM. Farabeuf et Varnier, en y réunissant le muscle ischio-coccygien, désignent sous le nom de releveur coccy-périnéal. Ce muscle représente la partie fondamentale du périnée, le véritable soutien des organes contenus dans le petit bassin. Il constitue une sorte de hamac tendu transversalement dans le bassin. « Véritable dia-

phragme pelvien, il forme une espèce d'entonnoir, dont la partie large s'attache à l'orifice inférieur de l'excavation et dont le plan rase en avant le dessous de la symphyse, en arrière la pointe du sacrum, sur le côté le bord inférieur des épines sciatiques,

*b.* — De chaque côté, sur la ligne intérieure étendue de l'épine sciatique à la base du pubis, des faisceaux musculaires s'insèrent qui se portent en arrière et en bas vers le bord du coccyx, la pointe du coccyx et le raphé périnéal précoccygien ou ano-coccygien » (1).

Les faisceaux du releveur doivent être divisés en plusieurs groupes.

Un certain nombre de fibres vont de l'épine sciatique au bord du coccyx. Elles forment le muscle ischio-coccygien.

D'autres faisceaux naissent de la longue arcade fibreuse qui va de l'épine sciatique au pubis et convergent vers la pointe et les bords latéraux du coccyx.

Le troisième groupe, le plus important, prend exclusivement son origine à la partie postérieure du pubis. On lui distingue des faisceaux pubo-coccygiens allant s'insérer à la quatrième pièce du coccyx ; des faisceaux pubo-précoccygiens allant se fixer à un petit carré fibreux qui les rend indissociables ; des faisceaux pubo-rétro-anaux qui s'entrecroisent sur la ligne médiane et sont dissociables, et enfin des faisceaux pubo-pré-anaux allant s'entrecroiser entre la vulve et l'anus.

(1) Varnier. — Th. Paris 1888.

Ainsi donc, la plupart des faisceaux pubiens qui sont si nombreux, convergent vers la pointe du coccyx ; c'est à cet os qu'aboutissent les deux tiers des faisceaux du releveur de l'anus, c'est-à-dire les faisceaux coccygiens.

On peut donc considérer le releveur coccy-périnéal comme un diaphragme renversé, comme un plancher pelvien concave en haut, en forme d'entonnoir. C'est sur ce diaphragme que reposent les organes du petit bassin et que vient s'appuyer la tête fœtale, obligée de le déprimer et de se faire jour à travers l'orifice vulvaire. Quelle que soit l'idée que l'on se fasse du mode de résistance de l'anneau musculaire constitué par le releveur, absence de rétropulsion du coccyx, comme l'admet Varnier, ou tension des fibres musculaires elles-mêmes, il est certain que pour le traverser, la tête fœtale subit un temps d'arrêt et l'on peut considérer les faits rapportés par MM. Budin et Hildebrandt, dans lesquels cette résistance a été une cause de dystocie, comme l'exagération d'un phénomène normal. M. Budin a nettement établi que cette résistance exagérée, cette contracture de la sangle musculaire constituée par le releveur, pouvait être un obstacle à l'accouchement et il a insisté sur les bienfaits de la chloroformisation en pareil cas.

Le releveur coccy-périnéal constitue la couche musculaire profonde du plancher périnéal. Doublé sur sa face interne ou profonde par une aponévrose, il est recouvert et complété superficiellement par une série de

muscles. De ces muscles, l'un contourne la terminaison de l'intestin : c'est le sphincter externe de l'anus, qui par sa tonicité détermine l'occlusion de cet orifice et empêche la sortie des matières fécales. Il est fortement distendu, tirailé au moment de l'expulsion du fœtus, d'où l'incontinence passagère qui peut en résulter. Les autres muscles sont disposés autour de la vulve et comprennent les muscles transverses du périnée, l'ischio-caverneux et le contracteur du vagin qui a pour fonction de rétrécir l'orifice vaginal et de comprimer le bulbe. Ces muscles superficiels sont enveloppés d'aponévroses bien moins importantes que chez l'homme.

De ces quelques considérations anatomiques, nous voyons que la région périnéale constitue un véritable plancher musculo-aponévrotique destiné à maintenir les organes contenus dans le petit bassin, dans leurs positions respectives. Sa courbure à concavité supérieure et sa contractilité semblent faites pour contrebalancer l'action du diaphragme qui forme au-dessus de la cavité abdominale une voûte contractile à concavité inférieure. — Que la force et l'énergie de ce diaphragme pelvien soient diminuées ou presque annihilées par les ruptures, si fréquentes au moment de l'accouchement, on n'aura pas de peine à comprendre les troubles qui résulteront de ce défaut d'équilibre et à concevoir les conséquences fâcheuses qui seront à craindre pour l'avenir.

## CHAPITRE II

### **Causes, fréquence et variétés des déchirures du périnée.**

Après avoir traversé successivement le détroit supérieur, l'excavation, le détroit inférieur du bassin osseux, les diverses parties du fœtus ont encore, avant d'arriver au dehors, à franchir l'extrémité du conduit vaginovulvaire. Pour que ce conduit puisse se dilater, au point de donner passage au fœtus, il faut, de la part du périnée, une distension énorme : que pour un motif quelconque cette ampliation soit insuffisante, il se produira des déchirures qui pourront intéresser partiellement ou dans toute son étendue le plancher périnéal et occuper une partie plus ou moins considérable de la paroi vaginale.

Ces déchirures, on le sait, se produisent à des degrés divers, mais tout d'abord une question se pose : quelle en est la fréquence ? Cette question, malgré sa netteté et son apparente simplicité n'est pas encore résolue d'une façon précise. Olshausen, à la Clinique d'accou-

chements de Halle, sur cent accouchements, chez des primipares, a établi qu'il y avait vingt et une ruptures périnéales, et sur cent accouchements, sur des multipares, qu'il s'en produisait quinze. M. Auvard, dans son traité pratique d'accouchements, admet que les déchirures du périnée se produisent dans la proportion de trente pour cent chez les primipares et dans celle de dix pour cent seulement chez les multipares. Ces chiffres, on le voit, ne diffèrent pas trop de ceux du gynécologiste allemand.

Les statistiques, au reste, ne peuvent donner que des moyennes générales; elles ne peuvent, à moins de porter sur un nombre très élevé de cas, établir rien d'absolument précis. Retenons seulement que les déchirures du périnée sont fréquentes, et qu'on a lieu surtout de les observer chez les femmes qui en sont à leur premier accouchement.

Cette fréquence a sa raison d'être. Nombreuses sont, en effet, les causes qui peuvent compromettre le périnée lors de la parturition; pour en faciliter l'énumération, il est utile de les diviser en trois groupes: elles peuvent avoir leur raison d'être dans la disposition des parties maternelles, ou de celles du fœtus, ou bien, encore, résulter de l'intervention de l'accoucheur.

I. *Causes tenant à la disposition des parties maternelles.*  
— « Il y a, dit le professeur Pajot (1), des périnées

(1) Gaz. Obstétr. 1875.

voués à la déchirure; en général les périnées dont la peau est souple et élastique se prêtent à la dilatation, et ne se déchirent pas : ceux-là on pourrait se passer de les soutenir. Il y a des périnées dont la peau est sèche, rude ; ils éclatent, de même qu'il y a chez ces femmes des vergetures très nombreuses sur le ventre ; d'autres, au contraire, après plusieurs accouchements, présentent un ventre uni. Les périnées qui sont épaisses, peu élastiques, comme chez les primipares âgées, par exemple, se déchirent facilement ; il en est de même des périnées qui, tout en étant longues et minces, sont sèches ; tandis que les périnées souples ne se déchirent pas. »

Rien de plus exact que cette remarque du professeur Pajot. Il est évident qu'il faut tenir le plus grand compte dans la production des déchirures, de la qualité des tissus, qui souvent les rendent presque inévitables ; on comprend donc qu'elles se produisent facilement chez les primipares âgées dont la peau a diminué d'extensibilité avec l'âge ; chez les albuminuriques dont les tissus infiltrés ont une résistance minime ; chez les blondes dont la peau présente de nombreuses vergetures et dont les tissus manquent de tonicité et d'élasticité. Bien d'autres conditions peuvent faciliter encore la production des plaies périnéales. Très souvent c'est dans la forme même du périnée qu'il faut chercher la cause de la rupture ; un périnée trop long ou trop court, trop large ou trop étroit, trop sec, variqueux ou œdématisé ; un périnée dur et inextensible ou au contraire trop élastique ou trop flasque, est plus qu'un autre,

exposé à une déchirure. Si le périnée est trop flasque, le crâne ne s'engage pas par sa région occipitale et présente sa grande circonférence transversale à l'orifice vulvaire.

Un périnée trop étroit ne se laisse pas distendre, et un périnée court ne présente pas ou peu d'excédent, qui puisse être utilisé lors du dégagement de la tête. Si le périnée est trop court, la tête sort trop vite et la fourchette, surprise, pour ainsi dire, se rompt.

Si, au contraire, le périnée est trop long, il reste tendu au-devant de la tête et ne se retire pas sur elle pour lui permettre de se dégager après son mouvement de rotation interne. Dans ces cas de longueur exagérée, l'orientation de la vulve est en haut et en avant, et l'on peut dire, avec M. Boissard (1) que l'obstacle à la terminaison de l'accouchement tient à cette orientation. On se trouve alors en présence d'une véritable dystocie périnéale.

Pendant l'accouchement, on constate parfois l'inertie du périnée ou au contraire sa contraction spasmodique, analogue à celle de l'utérus. L'un et l'autre phénomène peuvent amener des ruptures. Quelquefois enfin pendant l'accouchement, on voit, derrière les parties fortement contractées, se faire une dépression dans laquelle vient se loger la tête du fœtus. Cette partie est paralysée par la distension, jusqu'à ce qu'une douleur venant appliquer fortement la tête contre elle, il se produira là

(1) Boissard. Thèse. Paris, 1884.

ce qui se passe dans l'éventration entre les muscles droits (1).

Il est à remarquer que dans les accouchements prématurés, les déchirures sont fréquentes, et cependant la tête est petite ; cela tient à ce que l'accouchement se faisant trop rapidement, le périnée n'a pas eu le temps de se dilater progressivement suivant la loi de la nature. Plazinsky a fait à ce sujet des expériences intéressantes : « Sur le cadavre, un muscle peut, si on exerce des tractions *lentes*, se laisser distendre de un pouce et demi et supporter un poids de 45 à 50 livres. Le même muscle, par une traction *brusque*, rompt sous un poids de 30 à 40 livres et se laisse distendre seulement de 3/4 à un pouce. De même pour la peau : un morceau de peau supporte progressivement 70 à 80 livres ; le même morceau se déchire par un poids brusque de 45 à 50 livres. » Ces expériences montrent le danger, pour le périnée, des interventions opératoires, et nous expliquent, en particulier, les conséquences désastreuses des tractions violentes opérées par les forceps.

Bien d'autres conditions des parties maternelles prédisposent aux plaies vulvo-périnéales, et il nous serait difficile de les énumérer toutes. Citons cependant l'étroitesse congénitale de la vulve, les rétrécissements plus ou moins marqués du conduit vaginal, les brides cicatricielles qui peuvent se présenter sur son parcours.

(1) Fr. Latouche. — Th. Paris, 1886.

Signalons encore un certain nombre d'anomalies : ainsi une saillie trop forte de l'angle sacro-vertébral, une inclinaison exagérée du détroit supérieur, le défaut de courbure du sacrum, une faible solidité de l'articulation coccygienne, la largeur du détroit inférieur surtout en arrière, l'étroitesse de l'arcade pubienne, la longueur excessive de la symphyse, et surtout l'étroitesse ou la largeur de tout le bassin, sont fréquemment la seule et unique cause des déchirures du périnée. Le mécanisme varie presque avec chacune de ces causes ; c'est ainsi que dans le cas de largeur trop grand du bassin, nous assistons, si les contractions extérieures sont violentes, à une rupture périnéale par la sortie trop brusque du fœtus sur un périnée qui n'a pas eu le temps de se préparer ; le contraire arrive dans le cas d'étroitesse, ou le plus souvent c'est après un travail prolongé, pénible, que la déchirure se produit.

Mais quelque variable que puisse être le mécanisme, il n'en reste pas moins certain que ces difformités parfois légères, parfois même difficiles à constater, sont de la plus haute importance au point de vue qui nous occupe (1).

II. *Causes tenant au fœtus.* — De prime-abord, il semble évident, qu'abstraction faite des dimensions et de la résistance du canal vagino-vulvaire, le nombre et l'étendue des déchirures périnéales doivent être en rapport direct avec le volume des parties fœtales.

(1) Th. Latouche. — *Loc. cit.*

Assurément, on ne saurait méconnaître l'importance des dimensions du fœtus dans la production des déchirures du périnée ; il n'en est pas moins vrai que souvent on observe de grandes lésions produites par le passage d'une tête de diamètres relativement faibles. Ce fait ne peut guère s'expliquer que par la rapidité de l'expulsion de cette tête, qui, eu regard à sa petitesse, traverse très vite l'excavation et est, pour ainsi dire, projetée au dehors, avant que les parties molles n'aient eu le temps de se distendre. Le mécanisme de la rupture est identique, en ce cas, à celui qu'on observe lorsque le bassin présente des dimensions supérieures à la normale ; sous l'influence des contractions utérines, il y a une véritable surprise du périnée, surprise dont la conséquence est une rupture de cette région.

Nous passons sous silence toutes les monstruosités fœtales qui, mécaniquement, peuvent rompre le plancher périnéal (hydrocéphalie, ascite, rétention d'urine, céphalématome, etc.).

Contentons-nous d'étudier l'influence du passage des principales parties fœtales. La tête est le plus fréquemment la cause de la déchirure, soit qu'elle ne s'accommode pas à la région qu'elle doit traverser, en raison de l'exagération de son volume, ou par exemple de la suture des fontanelles, soit qu'elle se présente dans des conditions propices à la déchirure des parties molles. Il est un point sur lequel M. Auvar d a attiré l'attention, c'est ce qu'il désigne sous le nom de

déflexion prématurée de la tête. Dans ces circonstances, le pubis, au lieu d'être en rapport avec la région sous-occipitale, se trouve en contact avec un point plus ou moins rapproché du bregma; il en résulte que le dégagement se fait suivant des diamètres dont les dimensions sont beaucoup plus considérables que celles des diamètres sous-occipitaux. Ce défaut de flexion coïncide du reste assez souvent avec un défaut de rotation de la tête. Il s'ensuit que le pôle céphalique se présente par des diamètres plus longs aux diamètres les plus étroits de l'orifice vulvaire. Ces faits sont bien connus, mais nous devons ajouter que s'ils existent parfois au début du travail, ils sont aussi souvent produits artificiellement du fait de l'intervention de l'accoucheur. C'est par un mécanisme semblable que se produisent les déchirures dans les présentations du front et de la face.

Indépendamment de l'ovoïde céphalique, on sait depuis longtemps que le passage du tronc peut endommager un périnée que la sortie de la tête avait laissé intact ou à peine entamé. C'est surtout lorsque les deux épaules se dégagent en même temps par défaut de rotation que ce phénomène s'observe; il résulte alors de l'excès de la circonférence bi-cubitale sur la circonférence sous-occipito frontale (1). Nous verrons plus tard qu'il est généralement possible de remédier à un pareil état de choses.

(1) Thèse de Couder, 1891.

III. *Causes qui résultent de l'intervention de l'accoucheur.*

— Nous avons étudié jusqu'ici les causes résultant des dispositions maternelles ou fœtales qui peuvent amener des déchirures du périnée. Beaucoup de ces causes sont telles qu'elles ne peuvent être évitées. Il n'en est pas toujours ainsi de celles qui résultent de l'intervention de l'accoucheur.

Nous ne saurions trop insister sur ce fait que, dans la réalité des faits, et surtout dans la pratique obstétricale de nos campagnes, les déchirures du périnée sont trop souvent produites par une intervention inopportune ou maladroite, et que ces déchirures pourraient être conjurées dans un certain nombre de cas. Le forceps est un instrument excellent qui rend journellement de grands services à la mère et à l'enfant; loin de nous la pensée d'en critiquer l'emploi dans la majorité des cas et de vouloir infirmer d'une façon quelconque les règles précises qui ont été formulées par les maîtres en obstétrique. Néanmoins, nous croyons que cet instrument est employé beaucoup trop fréquemment par certains confrères qui, s'impatiantant des lenteurs du travail, surtout chez les primipares, l'appliquent avec complaisance et cèdent trop facilement aux injonctions intéressées des sages-femmes, des gardes-malades ou de l'entourage de la parturiente, quand ce n'est pas celle-ci qui demande elle-même un abrègement à ses souffrances.

Nombre de fois il nous est arrivé de refuser l'intervention qui paraissait nécessaire et avait été proclamée telle; nous avons eu bien rarement lieu de regretter

notre temporisation : c'est que, confiants dans le seul travail de la nature, nous comprenions que ces lenteurs de l'expulsion foetale, surtout chez la primipare, avaient pour effet de préparer, pour ainsi dire les parties molles de la mère au passage de la tête et du tronc de l'enfant et d'obtenir le maximum physiologique de distension du périnée, en ménageant son intégrité anatomique. Il est un fait qui paraît au prime-abord paradoxal; d'après des statistiques publiées par différents accoucheurs, en particulier par Fasbender, Liebmann, Hecker, les déchirures du périnée seraient plus fréquentes dans les cas où les diamètres de la tête foetale sont inférieurs à la moyenne. Ce fait, en apparence contradictoire, ne peut guère s'expliquer que par la rapidité de l'expulsion de la tête, qui, eu égard à sa petitesse traverse très vite l'excavation, et est pour ainsi dire projetée au dehors, avant que les parties molles n'aient eu le temps de se distendre. Il y a eu une véritable « surprise » du périnée, qui de ce fait, s'est laissé rompre. Ce qui est vrai pour l'accouchement spontané est encore plus exact dans les cas où l'on procède à l'extraction du fœtus, par une intervention opératoire. Les versions, les applications du forceps, nous laissons de côté bien entendu les blessures directement produites par les branches de l'instrument, n'agissent pas d'une façon différente : elles hâtent l'accouchement, et par suite le plancher périnéal, n'ayant pas acquis sa complète extensibilité, court les risques d'être rompu et dans la réalité, c'est bien trop souvent par l'impatience de l'accoucheur.

En dehors de ces cas, où il y a effraction du périnée par son défaut d'ampliation physiologique, il nous faut ajouter que le forceps agit fréquemment aussi sur la production des déchirures, en empêchant l'accommodation complète de la tête fœtale. En effet, l'extrémité céphalique, saisie plus ou moins régulièrement ne subit plus cette déformation spéciale qui a pour effet de diminuer les diamètres parallèles aux plans du bassin. De plus, le forceps lui-même, lorsqu'il est appliqué, ne s'adapte que très imparfaitement à la forme des parties maternelles. On constate facilement que, pendant l'extraction, l'extrémité postérieure des cuillers et la tige viennent distendre l'orifice vaginal. Cette pression est extrêmement inégale et l'on conçoit comment il peut se produire une rupture au niveau du point le moins résistant de l'anneau.

Nous ne voulons point insister trop longuement sur les effets fâcheux qu'exercent parfois les applications de forceps sur la région périnéale, au moment de l'expulsion du fœtus. Nous ne dirons non plus que quelques mots de la version. Ici, les ruptures se produisent tantôt au moment du passage des bras relevés sur les côtés de la tête, tantôt lorsque le menton défléchi vient presser contre le périnée. Le mécanisme est, au reste, toujours le même, absence d'accommodation des parties fœtales aux organes maternels.

Inutile également d'insister sur les déchirures produites par l'embryotomie et le broiement de la tête par le basiotribe ou le céphalotribe. Le plus souvent il s'agit, en effet, de déchirures directement produites

par l'instrument. Aussi leur caractère commun est-il l'irrégularité dans le siège et la configuration des lésions. Dans la basiotripsie, on peut quelquefois observer des ruptures vaginales produites par les os de la voûte broyés irrégulièrement et dont les angles viennent sectionner pour ainsi dire la muqueuse.

Des considérations qui précèdent, il ressort, que les interventions obstétricales constituent le plus souvent un danger pour la sécurité du périnée. Le péril dans ces cas est évident, et l'accoucheur doit toujours y penser lorsqu'il est forcé d'aider la nature par une manœuvre quelconque.

*Degrés de la déchirure du périnée. — Classification. —* Les lésions qui accompagnent si fréquemment le passage du fœtus à travers ce que MM. Farabeuf et Varnier appellent le détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical, peuvent occuper les parties antérolatérales de la vulve, ou bien siéger en arrière : ces dernières portent plus particulièrement le nom de déchirure du périnée. Quel qu'en soit d'ailleurs le siège, ces lésions très souvent se continuent avec des déchirures de l'extrémité inférieure de la paroi vaginale, qui elles-mêmes peuvent exister isolément.

Dans le premier cas, ce sont les petites lèvres qui sont le plus fréquemment intéressées ; généralement la déchirure commence au niveau de l'anneau hyménéal, et de là peut se diriger dans tous les sens. Tantôt ce sont de simples éraillures ; dans d'autres circonstances la petite lèvre est complètement divisée ; la

grande lèvre elle-même peut être plus ou moins intéressée.

Les déchirures que l'on rencontre du côté de la partie postérieure, les déchirures du périnée proprement dites, sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes. On peut dire qu'en règle générale, elles empiètent toutes plus ou moins sur le vagin, à droite ou plus souvent à gauche de la colonne postérieure. Ces plaies peuvent siéger sur la ligne médiane, ou latéralement ; souvent elles se dirigent obliquement en dehors et en arrière du raphé ; elles peuvent d'ailleurs être multiples et présenter une étendue et une profondeur variables. A ce dernier point de vue, on les divise généralement en quatre catégories :

1° Déchirures superficielles de la fourchette, comprenant ensemble ou séparément la muqueuse vaginale, le tissu cellulaire et parfois la peau, mais n'intéressant jamais le sphincter vulvaire dans sa totalité ;

2° Déchirures moyennes ou incomplètes, intéressant le plancher périnéal dans une étendue plus ou moins grande, sans toutefois arriver jusqu'au canal de l'anus ;

3° Déchirures complètes occupant tous les tissus compris entre le vagin et les parois du canal anal, inclusivement, voire même la cloison recto-vaginale, sur une hauteur plus ou moins grande, transformant en un mot l'anus et le vagin en un véritable cloaque ;

4° Déchirures centrales, variété assez rare, caractérisée par une solution de continuité qui se produit entre la commissure postérieure et la vulve. Tout le

corps périnéal est perforé d'un large orifice par lequel peuvent passer le fœtus et le placenta.

Enfin à ces variétés, il faut ajouter les cas décrits par Skene où la rupture est sous-cutanée et ne s'accompagne pas de lésions de la vulve ou du vagin ; la peau du périnée reste intacte. Mais la rupture portant sur l'élément contractile, musculaire de la région, et en particulier sur le releveur coccy-périnéal, entraîne des accidents sérieux pour l'avenir, la fonction du plancher pelvien étant gravement compromise par la lésion de ses organes essentiels.

### CHAPITRE III

#### **Des conséquences prochaines et éloignées des déchirures du périnée.**

Nous avons vu en étudiant l'anatomie et la physiologie du périnée, combien est important le rôle qu'il joue dans la statique ou soutènement des organes contenus dans le petit bassin. La nécessité de son intégrité anatomique et, par suite, de la fonction qui lui est dévolue, apparaît plus clairement encore lorsqu'on étudie les troubles qui surviennent presque fatalement après la diminution, plus ou moins accusée, de la force et de sa résistance. L'affaiblissement du plancher pelvien, consécutif aux déchirures périnéales, entraîne une série de troubles, soit locaux, soit généraux, qui méritent d'être étudiés avec soin et en détail ; car il n'est pas de praticien qui n'ait souvent lieu de les observer. De plus, la connaissance approfondie de ces accidents, proches ou éloignés, nous convaincra plus fortement de l'importance qu'il y a de les éviter, s'il est

possible, en prenant les précautions nécessaires au moment de l'accouchement, ou d'y remédier, par un traitement approprié, lorsqu'ils se sont produits.

Parmi les accidents auxquels peuvent donner lieu les déchirures du périnée, il en est qui se produisent immédiatement après l'accouchement ; ils sont primitifs. D'autres viennent compliquer les suites de couches ; ils sont secondaires. Dans un troisième groupe enfin, se rangent les troubles qui surviennent plusieurs mois, plusieurs années même après la production de la rupture vaginéo-périnéale. Tous ces accidents ont été décrits et sont maintenant bien connus ; il nous paraît utile cependant de les rappeler, aussi brièvement que possible pour ceux qui sont rapprochés du moment de l'accouchement, mais en nous étendant assez longuement sur ceux qui ne se produisent qu'à échéance assez éloignée.

Le médecin appelé à traiter une affection des organes génitaux de la femme et en particulier un grand nombre de métrites, n'a pas toujours assez présenté à l'esprit l'origine première de la maladie qu'il doit soigner ; il méconnaît et néglige souvent dans son examen l'état du plancher périnéal. Telle malade, atteinte de catarrhe cervical, d'ectropion du col, d'hémorrhagies utérines, verra ces accidents persister ou s'aggraver indéfiniment, malgré l'hygiène la plus soigneuse, malgré les traitements les plus actifs ; tout cela, parce que le traitement n'aura visé que l'utérus seul et parce qu'une insuffisance périnéale, peu apparente, aura passé inaperçue.

Le jour où par une opération fort simple on aura restauré ce périnée insuffisant, tel traitement, impuisant jusque-là, réussira, comme par miracle ; souvent même les accidents de la métrite guériront spontanément. Ce sont là des faits d'observation courante, et le mérite de notre modeste travail sera d'essayer de les mettre en relief autant que nous pourrons le faire.

Parmi les accidents primitifs des déchirures du périnée, le premier en date est l'hémorrhagie. Il est rare que l'écoulement sanguin soit considérable ; aussi cesse-t-il de lui-même dans la plupart des cas. Toutefois, lorsque les déchirures occupent les parties antérolatérales de la vulve, il n'est pas rare de voir, à la suite de lésions, soit du tissu érectile clitoridien, soit des veines variqueuses si fréquentes en cette région chez les parturientes, il n'est pas rare de voir se produire un écoulement sanguin abondant. Dans les déchirures complètes les veines hémorroïdales intéressées occasionnent presque toujours une perte de sang notable.

Il est une autre complication, peu grave elle aussi, à laquelle donnent lieu parfois ces plaies de la région antérieure de la vulve ; c'est la dysurie et parfois même la rétention d'urine ; cette gêne de la miction est toujours temporaire et n'a pas d'autre importance que son assez grande fréquence.

Plus sérieux et plus graves peuvent être les accidents qui surviennent après l'accouchement et qu'on peut qualifier de secondaires. Ce sont les accidents infectieux qui sont consécutifs à la déchirure elle-même, laquelle joue le rôle de porte d'entrée pour les micro-

organismes pathogènes. Aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, on parvient plus facilement qu'autrefois à les conjurer, mais on peut établir en principe que ces déchirures, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes par le fait de la négligence de l'accoucheur, ne seront guère traitées avec les soins qu'elles comportent, et par cela même, n'opposeront pas de résistance à l'invasion microbienne. Dans certains cas, l'inflammation peut se manifester sous la forme d'une infection purement locale : tel le cas de MM. Tarnier et Bailly (1), dans lequel à la suite d'une déchirure siégeant sous l'arcade pubienne, on vit un phlegmon se former au-dessus du pubis. Certaines déchirures, abandonnées sans aucun soin, comme c'est malheureusement parfois le cas dans nos campagnes peuvent se revêtir d'exsudats séreux de couleur grisâtre, véritables foyers microbiens (Widal). Ces exsudats, d'aspect analogue à de fausses membranes diphthériques, servent de milieu de culture à une infinité de germes plus ou moins pathogènes, et au milieu d'eux, il n'est pas rare de voir pulluler des streptocoques de l'infection puerpérale. Daerderlein. au congrès de gynécologie de Munich, en 1888, a soutenu que les plaies vulvo-périnéales peuvent être et sont souvent le point de départ, l'origine de la fièvre puerpérale.

Il arrive fréquemment que des femmes nouvellement accouchées, présentent des accidents septiques, dont

(1) Budin. Th. agr., p. 40.

le point de départ a été une déchirure de la région périnéale passée inaperçue. « Chaque fois, dit M. Champetier de Ribes (1), que chez une femme accouchée et délivrée dans de bonnes conditions vous verrez apparaître de la fièvre, examinez scrupuleusement la vulve et le périnée, très souvent vous trouverez une ulcération, une petite plaie de vilaine apparence, origine de cette hyperthermie ; soignez cette plaie et la fièvre disparaîtra. » Exposées à toutes les contaminations, à une époque où comme l'a si bien dit M. Pajot, le phénomène dominant chez la femme est l'intensité de la résorption, il est bien évident, en effet, que les plaies de la vulve et du périnée peuvent devenir fréquemment, chez les nouvelles accouchées, le point de départ d'accidents infectieux graves. On conçoit donc sans peine l'importance que peut avoir, dans le choix du traitement, la connaissance de ces accidents septiques, dont les déchirures vagino-périnéales sont l'origine ; on se rend facilement compte du devoir qui incombe à l'accoucheur, de supprimer au plus vite toutes ces surfaces, même les moins étendues, qui sont une porte ouverte aux inoculations.

Ce sont là les complications immédiates ou du moins très rapprochées, de l'accouchement, qui accompagnent les déchirures du périnée ou de la paroi vulvo-vaginale. Elles sont heureusement assez rares, surtout maintenant que nous sommes bien armés par la

(1) Thèse Barbier, 1892, p. 48.

méthode antiseptique, contre les accidents de la septicémie puerpérale. Il est du devoir de tout accoucheur consciencieux de les prévenir ou de les traiter aussi énergiquement qu'il lui sera possible. Mais il est toute une série de troubles qui surviennent longtemps après que la période puerpérale est terminée, et qui résultent de l'affaiblissement du plancher pelvien par suite de la déchirure ou de la rupture du périnée.

Ce sont ces troubles sur lesquels nous désirons nous appesantir, car ils ne sont pas toujours attribués à leur véritable et première cause, comme nous l'avons déjà dit plus haut. Il paraît donc nécessaire d'étudier en détail les modifications qui surviennent peu à peu sous l'influence de l'insuffisance fonctionnelle du périnée, lorsque cette région a été déchirée ou rompue au moment de l'accouchement.

Nous envisageons maintenant, par conséquent, les déchirures anciennes, c'est-à-dire, celles qui sont constatées à une période plus ou moins éloignée du moment où elles se sont produites, et alors que la nature a épuisé tous ses efforts réparateurs. Et tout d'abord, une distinction capitale doit être établie ; le sphincter de l'anus est-il rompu ou bien intact ? S'il est rompu, la déchirure, comme nous le savons, est dite complète ; le diagnostic s'impose de lui-même pour peu qu'on examine la région périnéale. Dans les cas graves, le sphincter anal est non seulement rompu, mais la cloison recto-vaginale est détruite dans une hauteur de plusieurs centimètres. Roux a décrit en termes saisissants, les accidents que ces déchirures

complètes entraînent à leur suite : « Les bords de la plaie se sont cicatrisés isolément, le périnée a complètement disparu, la vulve et l'anus ne forment plus qu'une seule voie, une fente unique, un sinus profond à bords ou droits ou irrégulièrement ondulés, revêtus par un tissu muqueux, et pour peu que la division s'étende à la cloison recto-vaginale, la partie inférieure du rectum et celle du vagin forment un véritable cloaque.

La condition d'une femme en cet état est véritablement déplorable, car il ne s'agit pas ici seulement de la perte d'une partie des charmes physiques, il s'y joint une incommodité aussi affreuse que le serait un anus contre-nature. Le sphincter de l'anus étant déchiré, rien ne s'oppose à l'issue des gaz intestinaux parvenus dans le rectum, et à la sortie ou continuelle ou du moins trop souvent répétée et presque involontaire des matières fécales. Sans doute, celles-ci peuvent séjourner quelque temps encore dans le rectum, quand elles ont une certaine consistance, mais si elles sont molles, le besoin de les rendre se produit vif et pressant à chaque instant, et si elles sont encore à un état plus liquide elles s'échappent involontairement et souillent toutes les parties voisines. » A cette description aussi énergique qu'elle est exacte, il est superflu d'ajouter combien ces accidents d'incontinence rendent pénible l'existence d'une malade ; mais la situation se trouve encore aggravée, à bref délai, par les divers accidents liés au catarrhe utérin, douleurs lombaires, impossibilité de la marche prolongée et des efforts, etc.

A un degré moins accusé, les dégâts locaux, les

symptômes fonctionnels étant à peu près identiques, bien que moins prononcés, se réduisent au sphincter anal proprement dit. L'anus ne se distingue plus de la vulve, comme le fait remarquer le docteur Berlin, que par la couleur hortensia de la muqueuse rectale qui fait saillie au milieu des plis rosés de la muqueuse vulvaire ; mais à une petite distance on retrouve la cloison recto-vaginale, sous forme d'un rebord cicatriciel aminci, plus ou moins tendue. Parfois l'orifice anal est encore séparé du vagin par une petite bande cicatricielle ; mais cette bandelette est dépourvue de fibres musculaires, et si elle n'empêche pas dans une certaine mesure l'issue involontaire des matières solides, elle ne peut lutter contre les matières liquides et les gaz.

On sait que le prolapsus utérin reconnaît pour cause principale, dans la majorité des cas, l'affaiblissement du plancher pelvien consécutif aux accouchements et en particulier, à ceux qui se sont compliqués de déchirures du périnée. A l'état normal et en dehors de toute modification pathologique de cette région, lorsqu'on introduit le pouce dans le vagin et l'index dans le rectum et que l'on comprime entre ces deux doigts le périnée, c'est-à-dire la terminaison de la paroi recto-vaginale, on sent que cette cloison est ferme, résistante, élastique. En outre on constate que la fourchette est séparée de l'anus par une distance de 4 à 4 1/2 centimètres environ. Lorsqu'il s'est produit une déchirure, cette distance diminue donc dans les proportions de la déchirure elle-même. MM. Duplay et Chaput (1)

(1) Arch. génér. de méd. Juin 1889, p. 641.

concluent de leurs études anatomo-pathologiques, qu'avec un périnée qui ne mesure plus qu'un centimètre et demi ou moins, le prolapsus de l'utérus est fatal, à une époque plus ou moins rapprochée. Or, dans les déchirures du sphincter anal, cette distance est nulle, puisque les orifices anal et vulvaire ne font plus qu'un. C'est dire qu'aux accidents d'incontinence des matières provoqués par la déchirure du sphincter viendront fatalement, plus ou moins tard, se joindre ceux que déterminent le prolapsus de l'organe utérin et de ses annexes.

Point n'est besoin d'insister plus longuement sur les conséquences fâcheuses de ces déchirures complètes, puisqu'elles condamnent les malheureuses femmes qui les présentent à une existence des plus misérables en raison des infirmités qu'elles provoquent. Il est également inutile d'ajouter, qu'une fois constatées ces lésions doivent être réparées à tout prix.

Arrivons maintenant aux cas où la déchirure du périnée ne s'est pas étendue jusqu'au sphincter anal et où l'action de ce muscle peut s'exercer d'une façon suffisante. Ces déchirures, dites incomplètes, ne sont pas sans exercer une très fâcheuse influence sur la statique des organes contenus dans le petit bassin, et, à notre avis, elles sont la cause première de bon nombre d'affections de l'utérus. Beaucoup de médecins méconnaissent ce rôle étiologique ; du reste, il en est qui ne les constatent pas dans leur examen, soit en raison du peu d'importance qu'ils attribuent à ces déchirures dans

la production des troubles utérins, soit parce que ces déchirures elles-mêmes échappent à leur attention. Tantôt, en effet, elles sautent pour ainsi dire aux yeux dès qu'on examine la région périnéale ; la vulve est manifestement béante en arrière, la commissure postérieure plus ou moins largement détruite, est remplacée par une sorte de plan incliné vers l'anüs. Mais dans d'autres circonstances, le cas est plus insidieux et l'on peut être trompé par un examen superficiel. Certains périnées n'existent plus qu'*en façade*, suivant l'expression du docteur Berlin, c'est-à-dire ne sont plus constitués que par une mince cloison de muqueuse, par une sorte de pellicule, laquelle permet encore à la vulve de faire bonne figure, mais n'est d'aucune valeur comme organe de soutien. Qu'on introduise deux doigts, l'un dans le vagin, l'autre dans l'anüs, et l'on constatera ce défaut de la cuirasse ; on ne trouvera plus cette résistance, cette élasticité, cette fermeté des tissus qui caractérisent l'état normal.

Beaucoup de praticiens — et parmi eux, croyons-nous, un certain nombre de gynécologues — s'imaginent que tout est dit, au point de vue de l'examen du périnée, pourvu que l'anüs soit conservé et que les fonctions de son sphincter s'accomplissent d'une façon suffisante. S'agit-il d'examiner, dit excellemment le docteur Berlin, s'agit-il d'examiner une malade atteinte de troubles utérins, beaucoup songeront d'emblée au toucher, à l'hystérométrie, à l'application du spéculum, etc., bien peu s'occuperont au préalable de l'examen du périnée. C'est, à mon sens, une omission grave qui

explique beaucoup d'insuccès thérapeutiques. L'insuffisance du périnée est certainement un facteur de premier ordre dans la pathogénie et dans la persistance de bien des affections utérines ; *un utérus malade est fréquemment un utérus mal soutenu* ; la notion de ce fait essentiel ne saurait être trop propagée.

Il est, en effet, bien facile de comprendre la raison d'être de tous ces troubles consécutifs aux déchirures du périnée, si l'on se rappelle le rôle physiologique dévolu à cette région. Soutien par excellence de l'utérus, et par contre-coup de la plupart des viscères pelviens, le périnée devenu insuffisant à remplir sa mission entraîne toute une série de troubles dans la statique de ces organes. Tout d'abord, on observe la largeur, la flaccidité, la béance du vagin par le fait de la déchirure elle-même ; celui-ci est mou, peu résistant, le doigt en écarte les parois avec la plus grande facilité. L'utérus, n'étant plus soutenu par un plan résistant, tend à se redresser, puis à basculer en arrière ; en même temps il s'abaisse peu à peu, entraînant avec lui la paroi antérieure du vagin et de la vessie, plus tard la paroi postérieure du vagin et le rectum ; ces organes viennent tour à tour faire saillie à la vulve (*colpocèle antérieure, colpocèle postérieure*).

Quand on examine une femme dans la position couchée, le retentissement mécanique de l'insuffisance périnéale peut passer inaperçu, mais qu'on invite la malade à tousser, à faire un effort, à pousser longuement comme pour aller à la selle et l'on verra se constituer successivement à la vulve la colpocèle antérieure, puis

la postérieure, enfin le prolapsus du col. L'épreuve sera identique si l'on pratique le toucher, la malade étant debout.

On comprend que l'abaissement de l'utérus n'est pas sans entraîner des troubles dans la circulation et dans la nutrition de cet organe, des accidents de congestion passive, de stase sanguine; l'utérus s'hypertrophie, devient plus lourd; son mouvement de descente s'en trouve accéléré d'autant. Le prolapsus utérin complet, avec ou sans allongement hypertrophique du col, est l'aboutissant ultérieur de ce processus.

D'autre part, il est reconnu que le périnée n'est pas seulement un organe de soutien pour l'utérus: il a encore pour mission de protéger la muqueuse utérine contre les poussières irritantes et les germes pathogènes venus du dehors. Avec une vulve béante, mal fermée, ce rôle protecteur ne s'exerce plus. On comprend donc que l'utérus, déjà passivement congestionné par le fait de son abaissement, se trouve exposé à l'action des agents extérieurs et surtout des germes pathogènes. De là vient la fréquence des endométrites chez les femmes qui ont un périnée insuffisant.

L'énumération de ces troubles mécaniques permet d'entrevoir le retentissement qu'ils ne peuvent manquer d'exercer sur l'état général. Les différents organes situés au niveau ou au-dessus du diaphragme pelvien sont le siège de douleurs d'intensité variable, mais toujours très pénibles pour la malade. Ce sont des souffrances du côté de la vessie accompagnées parfois de mictions fréquentes. Ce sont des douleurs irradiées

parfois du côté des uretères et des reins, des troubles du tube digestif, de la constipation, des défécations pénibles et douloureuses. Signalons en outre les tiraillements, la pesanteur dans les fosses iliaques, dans tout l'abdomen, le long des côlons, des tiraillements autour de l'ombilic, au creux épigastrique, etc...

On voit souvent survenir des phénomènes gastralgiques avec ou sans vomissements, de la dyspepsie flatulente accompagnée d'oppression, de bouffées de chaleurs, de sensation, de brûlure, que l'on attribue généralement à l'état nerveux. Le système nerveux reçoit en effet un contre-coup fâcheux de tous ces troubles résultant primitivement de l'affaiblissement du plancher pelvien. Les malades se plaignent de névralgies diverses ; leur moral est fâcheusement affecté ; on observe des phénomènes qui se rapprochent de l'hystérie ; parfois il survient de l'hypocondrie. En tout cas, les malheureuses femmes se plaignent à tout venant de leur état de souffrance, et bien souvent on constate des phénomènes qui, au premier abord, paraissent bien étrangers aux causes premières qui les ont provoqués.

On voit, par ce tableau malheureusement trop souvent exact, combien on doit faire tout son possible pour éviter les accidents qui accompagnent ou peuvent accompagner les déchirures du périnée, et si, malgré tous les soins, elles se sont produites et n'ont pu être évitées, on doit se pénétrer de la nécessité qu'il y a de les réparer, qu'elles soient récentes ou anciennes.

## CHAPITRE IV.

### **Du traitement préventif et curatif des déchirures du périnée**

Nous avons vu dans le chapitre précédent, à quelles conséquences proches ou éloignées peuvent conduire les ruptures du périnée; l'importance qu'il y a de les éviter quand cela est possible, n'est plus à démontrer; la nécessité de les traiter, quand elles se sont produites, ne fait plus de doute pour personne, à l'heure actuelle. Il nous reste maintenant à étudier les moyens que nous avons à notre disposition pour remédier à cette complication si fréquente et si fâcheuse des accouchements même les plus normaux.

Tout d'abord une question se pose : peut-on éviter les déchirures du périnée ? A cette question, nous répondrons catégoriquement : oui, dans la majorité des cas. Il est évident, qu'entre des mains exercées, on voit parfois, quoiqu'on fasse, se produire la rupture périnéale. La disproportion entre les parties maternelles et les parties fœtales est, dans certains cas, tellement pro-

noncée, que cette rupture est en quelque sorte fatale. Cela bien établi, il faut convenir que beaucoup de déchirures sont imputables à une maladresse ou à la négligence de l'accoucheur, et que l'observance de certaines règles bien précises aurait pour effet, dans un grand nombre de circonstances, de les empêcher de se produire. Ces règles constituent, à vrai dire, le traitement préventif ; elles consistent essentiellement dans la protection des parties maternelles que le fœtus va traverser au moment de son expulsion définitive ; elles peuvent varier suivant le mécanisme de la présentation ; nous nous contenterons de les exposer dans le cas le plus habituel, c'est-à-dire dans l'accouchement normal par le sommet.

Avant que la tête ne soit arrivée sur le plancher périnéal, certaines petites manœuvres sont parfois utiles en ce qu'elles empêchent le périnée d'être trop distendu. Il est d'abord nécessaire que la flexion soit bien faite, et que l'occiput soit bien dégagé sous l'arcade du pubis ; au besoin, on aide avec le doigt à ce dégagement, à cet abaissement de l'occiput, de manière à ce que ce ne soit pas les diamètres occipito-frontaux bregmatiques qui se dégagent, mais les diamètres sous-occipitaux. De même, si les deux bosses pariétales sortent en même temps des organes génitaux, la distension sera plus forte que si elles se dégagent l'une après l'autre ; aussi est-il bon de recourir à une petite manœuvre qui consiste à dégager avec le doigt la bosse pariétale qui est la plus accessible (1). C'est également

(1) Ribemont-Dessaigne et Lepage, Tr. d'obstétrique, p. 410.

en vue de préserver le périnée que Ritgen a conseillé, pour hâter le dégagement de la tête, d'introduire le doigt dans le rectum, de manière à presser, à travers la paroi rectale, sur la racine du nez; on hâte ainsi la déflexion de la tête et sa sortie des organes génitaux. Cette manœuvre qui donne ainsi un résultat immédiat, a le double inconvénient de souiller le doigt et d'exposer la paroi rectale, déjà si distendue, à une contusion due à la pression. Elle doit être employée exceptionnellement. Il en est de même de certaines pratiques qui avaient pour but de hâter l'ouverture du conduit vaginovulvaire, et qu'on décrivait autrefois sous le nom de petit travail. Dans le même ordre d'idées, M. L. Dumas a proposé la dilatation préfoetale, qui consiste à placer en avant du fœtus les trois premiers doigts de la main droite (trépied digital); ces trois doigts forment une espèce de cône préfoetal qui dilaterait les parties molles et lui préparerait heureusement la voie. Mais, ainsi que le font remarquer MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage, cette dilatation de la vulve et du périnée n'est guère utile, car le véritable obstacle à l'expulsion de la tête, est le coccyx, amarré solidement par les fibres du releveur de l'anus.

Lorsque le coccyx a été refoulé en arrière, la tête foetale commence à distendre le périnée antérieur. Le rôle de l'accoucheur devient important, puisqu'il peut, dans une certaine mesure, empêcher des lésions trop étendues de se produire du côté du périnée: pour cela il faut modérer la sortie trop brusque de la tête foetale

et empêcher la pression exercée par elle sur la commissure postérieure d'être trop forte.

Nous ne saurions mieux faire, pour exposer la façon dont le périnée doit être protégé que de laisser parler MM. Ribemond-Dessaigne et Lepage : « Lorsque les grandes circonférences de la tête fœtale commencent à distendre l'orifice vulvaire, lorsque l'ampliation du périnée est notable, l'accoucheur doit veiller à ce que le périnée ne soit pas déchiré ; pour le préserver, il n'est pas suffisant de le soutenir, c'est-à-dire de mettre une main en travers du périnée ou d'appuyer avec les doigts sur le périnée, pour en empêcher la distension. Ce moyen est illusoire ».

Il est actuellement admis que pour *protéger* le périnée, ce n'est pas lui qu'il faut soutenir, mais bien la tête fœtale qu'il faut *retenir*, diriger au moment de sa sortie. Pour ce faire, au moment de chaque contraction utérine, la main s'appuie par le talon sur la région pubienne, de telle sorte que les doigts puissent se placer en avant de la tête fœtale. Les doigts, plus ou moins rapprochés, englobent la région de la tête fœtale accessible ; par leur extrémité, ils s'appuient sur la partie fœtale à un centimètre au dessus de la fourchette, de manière à ce que la commissure vulvaire ne cède point sous l'effort. En même temps cette main cherche à augmenter la déflexion de la tête et à dégager l'une après l'autre les deux bosses pariétales.

Lorsque le bregma commence à apparaître à la vulve, il faut redoubler de précaution, puisque les gran-

dés circonférences de la tête fœtale arrivent à l'orifice vulvaire.

Lorsque les tissus du périnée semblent sous le point de céder, il est utile de maintenir solidement la tête au moment de la contraction et de l'effort. On recommande alors à la femme de ne pas pousser, d'ouvrir la bouche et de respirer largement, puis, lorsque la contraction utérine a disparu, on engage à pousser modérément et on dégage la tête par les précautions possibles. C'est la méthode préconisée par le service de M. Pinard. Celle de M. Bonnaire, au contraire, consiste à pousser dès que la tête est arrivée au périnée.

Vient le moment où la tête s'engage dans le vagin. Elle fonce entre les contractions utérines et se dirige vers l'angle postérieur interne du bassin. Au moment où la tête est engagée, la fontanelle débordant le tranchant du périnée, l'effort de l'accoucheur commence.

Il est placé à droite ou à gauche, selon le côté où il se trouve, c'est la main gauche qu'il porte en travers sur le périnée, vient s'appliquer sur l'un des angles de la tête, tandis que les extrémités des doigts portent dans le sillon homologue de la tête, par l'écart du pouce et de l'index, blant sur la commissure vulvaire. La main est disposée en forme de fer à cheval, le pouce et l'index sont sur le périnée, elle embrasse la région fronto-faciale du fœtus.

L'autre main passe au-de

suivant le grand axe de la vulve. La pulpe des doigts tournée en bas s'applique à nu sur le cuir chevelu de l'enfant et vient affleurer le bord de la fourchette. Les doigts à demi fléchis s'accolent par leurs extrémités et forment au devant de la tête une sorte de diadème qui va glisser lentement du front sur l'occiput pendant le progrès de la déflexion.

Ainsi mises en place, les deux mains ne vont pas simplement soutenir le périnée, comme on le dit habituellement, mais elles vont agir suivant les circonstances et suivant le moment, pour modérer ou accélérer l'évolution du temps de dégagement. Leur rôle est de cueillir la tête à travers l'orifice vulvaire et de substituer à la brusquerie d'une expulsion spontanée, la lenteur et la modération d'un dégagement artificiel. Aussi peut-on dire que la parturiente n'accouche pas d'elle-même, mais qu'elle est en réalité accouchée par le médecin ou la sage-femme qui l'assiste.

Il importe, avant toute chose, de prévenir une issue trop rapide de la présentation. La main doit immobiliser exactement le fœtus dès que les bosses frontales s'engagent au couronnement vulvaire. A ce moment, on attend que toute contraction de l'utérus ait cessé, et ce n'est que dans le temps où cet organe demeure en repos que l'on enlève la tête au dehors des parties génitales.

Pour cela, on invite la femme à pousser et on gradue l'effort qu'elle doit développer au commandement. La main sous-périnéale qui a conservé sa disposition en fer à cheval serre la tête en travers et les doigts ramènent

en arrière les parois de la gouttière d'expulsion, en faisant glisser les tissus maternels des extrémités du diamètre bi-temporal vers celle du diamètre bi-malaire, et enfin sur les joues et le maxillaire de l'enfant. Les doigts de l'autre main s'impriment sur le cuir chevelu, et par une sorte de reptation de leurs extrémités, attirent de bas en haut toute la région frontale.

Nous avons tenu à reproduire en entier ces sages conseils donnés par nos maîtres en obstétrique, conseils qui trouvent leur application dans chaque accouchement et qu'on ne saurait avoir trop présents à la mémoire. Il faut bien reconnaître qu'un certain nombre de praticiens et beaucoup de sages-femmes n'ont qu'une idée très imparfaite du rôle qu'ils doivent jouer au moment de l'expulsion fœtale, pour protéger le périnée distendu; ils se contentent d'appliquer une main en travers de la région périnéale, oubliant que le meilleur moyen de protéger cette région, ce n'est pas de la *soutenir*, mais de retenir la tête fœtale au moment des contractions utérines qui déterminent son expulsion définitive.

Nous venons de voir comment l'accoucheur devait agir pour empêcher autant que faire se pourra les déchirures du périnée ou pour que tout au moins elles soient aussi peu étendues que possible. Pour éviter qu'elles soient plus considérables et surtout qu'elles atteignent le rectum, on a proposé de faire des incisions vulvaires, de manière à agrandir l'orifice de sortie du fœtus. On sait en effet qu'il y a des cas où la

distension du périnée est telle, où la disproportion entre les parties maternelles et celles du fœtus paraît si considérable que la rupture semble fatale et devoir entraîner des désordres graves. Dans ces conditions, il est rationnel d'éviter que la déchirure soit complète, en faisant un débridement préalable. Différents accoucheurs, entre autres Ritgen, Michaelis, Eichelberg, Tarnier, etc., ont conseillé de pratiquer des incisions médianes, latérales ou médio-latérales sur le périnée commençant à se rompre. Cependant, à l'heure actuelle, ces incisions prophylactiques semblent devoir être de plus en plus abandonnées. On a dit qu'avec l'incision la cicatrisation était plus facile, mais la chose n'est pas prouvée ; qu'on évitait l'extension à l'anus, mais dans les conditions normales, si, en soutenant le périnée on ne peut en éviter toujours les déchirures, on est presque assuré, à moins de maladresse, d'empêcher celles de l'anus et du rectum. Au reste, ces débridements ne remplissent pas constamment le but qu'on se propose et sont souvent faits trop profonds. Si l'on croit devoir y recourir, il faut suivre la méthode préconisée par M. Tarnier. Une lame de ciseaux bien propre est glissée à plat entre la tête et le périnée, d'autant plus profondément qu'on veut donner plus d'étendue à l'incision. Les ciseaux sont dirigés de telle sorte que leur pointe soit en dehors de la ligne médiane, tandis que l'incision commence à la commissure sur la ligne médiane. Si loin que s'étende l'incision ou qu'une déchirure l'agrandisse, l'anus restera intact.

Si c'est la tête, partie volumineuse et dure, qui déchire

ment  
périeur  
jusque-là  
avec méthode  
Des  
de  
deux mains, tout en  
r; on tire en bas et en  
er fortement l'épaule anté-  
des tractions assez fortes et  
on opèrent sentent bientôt un res-  
rière vient de se dégager sous  
e. Dans certains cas, cette épaule se  
plètement qu'on peut extraire entièrement  
membre supérieur qui appartient à cette  
quelquefois, la main se présente au niveau du  
et en tirant sur cette main, on dégage tout le mem-  
bre correspondant (1).

Lorsque cette épaule antérieure est bien dégagée, que le membre supérieur soit ou non sorti des organes génitaux, on procède au dégagement de l'épaule postérieure : pour cela on relève fortement la tête en haut, et le dégagement s'opère sans difficulté. Pour l'extraction du tronc, on tire directement en haut. Dans certains cas, tout remarquer MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage, il est plus simple de commencer le dégage-

(1) Th. de Coudert. Paris, 1891.

au niveau du plancher périméal. Il est un précepte classique, c'est de ne pas laisser le fœtus en position de face à la naissance. On doit le retourner en position de dos, et c'est encore la cause de bien des échecs à la délivrance, surtout chez les primipares.

Il est donc tout de même recommandé aux accoucheurs de ne pas laisser le fœtus en position de face à la naissance. L'accouchement se termine spontanément et même plus; l'enfant sort sans que l'enfant souffre d'aucune manière.

On comprend bien l'importance de ce précepte. On sait que si le fœtus est en position de face à la naissance, il est très souvent de même pour la période de délivrance. Aussi ne faut-il pas, dès qu'elle se présente en position de face à la naissance, l'application du forceps, car c'est nécessaire pour la délivrance. On ne doit pas hésiter à faire une opération de complaisance. M. Pinard a raison contre les partisans de la délivrance par le forceps. Il faut donc intervenir, car si on ne le fait pas, on risque de compromettre la vie de l'enfant. L'opération de complaisance est donc une opération qui doit être faite sans hésitation.

Il est bien évident qu'il ne faut pas faire une application de forceps si le fœtus est en position de face à la naissance. Mais il ne faut pas non plus attendre dans l'excès de la patience. On doit intervenir dès que l'on voit que le fœtus est en position de face à la naissance. Il faut donc savoir, dans l'intervention obstétricale, garder une juste mesure : nous signalons cependant le danger qu'il y a pour le fœtus à intervenir trop tôt et

au niveau du plancher périnéal. Il est un précepte classique, c'est de dire que chez toute femme en période d'expulsion depuis deux heures il faut recourir au forceps. Ce précepte, qu'on nous permette de le dire, a été et est encore la cause de bien des déchirures du périnée, surtout chez les primipares.

Il est fréquent de voir des femmes chez lesquelles la période d'expulsion dure pendant trois, quatre, cinq heures et même plus; l'accouchement se termine spontanément, sans que l'enfant souffre d'aucune manière.

On comprend facilement que, de même que la période de dilatation a une durée très variable, il en est très souvent de même pour la période d'expulsion. Aussi, ne faut-il pas, dès qu'elle traîne en longueur, intervenir de suite : l'application du forceps n'est nécessaire qu'autant qu'elle est utile. Ce ne doit jamais être une opération de complaisance. M. Pinard a réagi contre le précepte ci-dessus énoncé; pour lui, l'indication d'intervenir n'existe qu'autant que la tête, à nu dans l'excavation, reste pendant deux heures au moins sans progresser.

Il est bien évident qu'il ne faut pas faire une application de forceps, dès que l'accouchement traîne en longueur, mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès contraire et n'intervenir qu'au dernier moment : la vitalité du fœtus peut se trouver compromise. Il faut donc savoir, dans l'intervention obstétricale, garder une juste mesure : nous signalons cependant le danger qu'il y a pour le périnée à intervenir trop tôt et

d'une façon intempestive, alors que rien, ni du côté de la mère, ni du côté du fœtus, ne se trouve compromis.

L'application de forceps détermine l'expulsion fœtale, mais elle est faite fréquemment avant que l'ampliation du périnée soit suffisante, pour sauvegarder son intégrité.

Il faut donc, quand elle n'est pas très nettement indiquée, être sobre de l'application du forceps, surtout chez les primipares, dont le périnée ne subit pas sans dommage l'expulsion brusque du fœtus. M. Budin a magistralement exposé la conduite à tenir dans les cas où la tête est arrêtée au niveau du plancher périnéal et que l'accouchement tarde à se faire. Il a fait remarquer que lorsque l'accouchement imminent s'éternise au-delà de toute prévision, la cause peut être ou l'insuffisance de la force qui doit déterminer l'expulsion, il y a inertie de l'utérus; ou bien la résistance exagérée des parties molles.

L'application de forceps est destinée soit à soustraire un enfant qui souffre, aux périls dont il est menacé, soit à mettre un terme aux pressions que des contractions intenses et répétées font supporter aux tissus maternels. Or, dans le premier cas, celui où il y a inertie utérine, on ne peut guère redouter ces accidents ni du côté de l'enfant ni du côté de la mère. D'une part, le fœtus vit comme aux derniers jours de la grossesse, grâce à l'intégrité de la circulation fœto-placentaire; la matrice restant inerte, le placenta n'a pas de ten-

dances à se décoller et la flaccidité des parois de l'utérus favorise le libre afflux du sang maternel. D'autre part, comme c'est la contraction qui, en poussant la tête fœtale à travers les parties molles, se trouve être l'agent des compressions auxquelles ces parties sont soumises, la contraction faisant défaut, les compressions, les contusions ne sont plus à craindre ; la bosse séro-sanguine ne se forme même pas. Ainsi donc, s'il y a inertie, rien ne presse, on peut temporiser et patienter. Après un temps qui durera plus ou moins, deux ou trois fortes contractions pourront venir qui précipiteront le dénouement (1).

On agirait au contraire, sans hésiter, cela va de soi, si des conditions particulières survenant du côté de la mère ou de l'enfant, en indiquaient l'opportunité ; mais le fait seul qu'il y a inertie suffit pour assurer déjà une certaine sécurité. C'est surtout alors qu'on peut patienter.

Dans le second cas, le retard à l'expulsion de l'enfant provient de la résistance exagérée des parties molles qui s'oppose à la progression de l'enfant et annihile l'action de la puissance utérine. Les conditions sont totalement différentes de ce qu'on observe dans l'inertie utérine. Les contractions se soutiennent et s'exagèrent en raison des difficultés qu'elles ont à surmonter ; on doit craindre du côté de la mère l'épuisement progressif et la compression prolongée et violente

(1) Budin. — Lec. de clin. Obst. p 57.

des parties molles ; du côté de l'enfant un malaise persistant et la mort. Dans ces circonstances, il est indiqué d'appliquer le forceps. Mais les indications ne sont pas toujours assez nettes pour qu'on se résolve à l'intervention surtout quand l'on a des craintes sérieuses d'endommager le périnée. A notre avis, c'est dans ces cas que l'on peut administrer le chloroforme, d'autant plus que ces contractions violentes sont très douloureuses et qu'elles ont pour effet de surexciter la parturiente, qu'elles la rendent impatiente, l'énervent au suprême degré, et la font réclamer à grands cris un soulagement à ses souffrances. Le chloroforme pourra être administré à dose faible et par intermittences, de façon à produire l'analgésie obstétricale ; la plupart du temps il régularisera les contractions utérines, d'abord irrégulières, très fréquentes et même subintrantes ; il diminue la résistance, la quasi contracture de la sangle périnéale et en particulier celle du releveur coccy-périnéal ; il permettra enfin de confier aux seuls efforts de la nature la période d'expulsion. Si malgré son administration, l'accoucheur est obligé de faire une application de forceps, la parturiente conservera le bénéfice de l'analgésie déjà obtenue, et le périnée, moins contracturé, aura plus de chances de rester intact.

Des considérations qui précèdent, on voit que la tête arrêtée au plancher périnéal pourra souvent, grâce à la patience et au tact de l'accoucheur, être expulsée spontanément. Ce n'est pas à dire que nous réprouvons l'emploi du forceps dans un certain nombre de cas : il

faut avant tout consulter l'intérêt de la mère et celui de l'enfant. Nous le répétons, l'application du forceps n'est nécessaire qu'autant qu'elle est utile ; dans un grand nombre de circonstances, l'emploi de cet instrument pourra ne pas être urgent. Avant de s'en servir, que l'accoucheur se pénétre bien du danger qu'il fait courir au périnée, surtout chez les primipares, et qu'il ne fasse pas d'opération de complaisance.

Nous ne voulons pas insister plus longuement sur l'emploi du forceps dans l'accouchement normal. Quant à la manière de s'en servir, elle est trop bien traitée dans les ouvrages classiques pour que nous songions à nous étendre sur ce point : bornons-nous à dire que les tractions doivent être lentes : quelle que soit la lenteur avec laquelle on opère, on va toujours plus vite que la nature. Les tractions sur le forceps Tarnier sont faites, avec une seule main ; l'autre sert à modérer la progression de la tête fœtale au fur et à mesure qu'elle dilate de plus en plus le bassin mou et qu'elle menace le périnée.

Lorsqu'on a appliqué le forceps et que l'extraction de la tête est sur le point d'être terminée, faut-il achever l'opération en laissant le forceps appliqué sur la tête fœtale ou bien désarticuler l'instrument et laisser l'expulsion se terminer spontanément, à l'aide des seules forces de la nature ? Les avis sont partagés : certains accoucheurs en vue d'éviter les déchirures périnéales conseillent de désarticuler de crainte que le forceps venant ajouter son épaisseur à celle de la tête,

n'augmente la distension des parties molles et les chances de déchirures.

D'autres préfèrent terminer l'opération en laissant l'instrument en place ; ils invoquent également l'utilité de ménager le périnée ; tenant la tête avec l'instrument, ils peuvent plus facilement en régler la sortie. Pour notre part, nous croyons que l'une et l'autre méthode ont leur raison d'être suivant les cas, que c'est au tact de l'accoucheur, à sa manière de faire qu'il convient de laisser le choix du procédé.

Nous nous bornons aux considérations précédentes, sur le traitement préventif des déchirures du périnée dans les interventions opératoires. Avant de commencer l'accoucheur s'inspirera des conseils que lui dicte sa conscience et sa probité professionnelle, et fera appel à toute sa prudence et à son habileté. De la sorte, il ne négligera aucun des moyens propres à assurer la conservation du périnée.

Occupons-nous maintenant du traitement curatif.

Malgré tous ses efforts, le praticien constate que le périnée, au passage du fœtus, s'est rompu dans une étendue variable. Que doit-il faire ? A l'heure actuelle, la réponse est unanime : il doit remédier séance tenante aux lésions qui se sont produites et suturer la déchirure. Nous avons insisté assez longuement sur les désordres qu'entraînent les ruptures périnéales pour démontrer la nécessité de la réparation immédiate. Le médecin, appelé à pratiquer un accouchement, doit emporter avec lui tout ce qui est nécessaire à une

suture du périnée, au même titre qu'il se munit d'un forceps ou d'un flacon d'ergotine.

Aussitôt après l'accouchement, comme le font remarquer MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage, il est utile de faire mettre la femme dans le décubitus latéral pour se rendre compte de l'étendue des dégâts causés par le passage du fœtus, et de juger l'opportunité de restaurer immédiatement les solutions de continuité. La femme est mise dans le décubitus latéral; le membre inférieur qui repose sur le plan du lit est allongé, l'autre membre inférieur est modérément fléchi. D'une main on soulève la fesse supérieure, et de l'autre on essuie avec une boulette de coton antiseptique la solution de continuité. La plaie vulvo-périnéale est alors mise à nu. On l'examine avec attention et ce n'est que dans les cas où la déchirure est très minime que l'on peut se contenter de faire maintenir les jambes rapprochées. Certains accoucheurs emploient encore les serre-fines ; nous croyons que leur application est aussi douloureuse que la suture du périnée, et du reste elles tiennent mal en place. Aussi pensons-nous qu'il est préférable de ne pas s'en servir.

Ce n'est, avons-nous dit, que dans les cas de déchirure insignifiante que l'on peut en confier la guérison aux seuls efforts de la nature. Dans toutes les autres circonstances, il faut suturer, et l'accoucheur ne doit pas se laisser arrêter par une vaine considération d'amour-propre, en n'avouant pas à la malade et à son entourage qu'une déchirure s'est produite ; il ne doit pas non plus se laisser détourner de la petite opération

qu'il va pratiquer par la douleur qu'elle provoque venant s'ajouter à celles de la parturition.

Le procédé le plus simple consiste à faire mettre la femme en travers du lit, et, après un lavage minutieux du vagin et de la plaie, à affronter les bords de cette dernière avec du crin de Florence, de la soie, ou du catgut.

On se sert pour passer le fil d'une aiguille de Reverdin, ou bien de celle d'Emmet, pour peu que la déchirure soit profonde.

C'est là une petite opération courante que doit savoir pratiquer tout médecin qui fait des accouchements ; elle est d'une importance grande au point de vue de l'apyrexie des suites de couches et de la solidité ultérieure du périnée.

Lorsque la plaie périnéale est suturée, ou la saupoudre avec un peu d'iodoforme et on maintient appliqué sur la vulve du coton antiseptique ou des compresses de sublimé ou d'eau phéniquée. Les fils de soie ou de crin de Florence sont enlevés au bout de sept à huit jours ; les fils de catgut, qui sont résorbables, peuvent être laissés à demeure.

Lorsque la déchirure du périnée a intéressé le sphincter anal, il faut pratiquer avec soin la suture du sphincter et même de la cloison recto-vaginale qui est intéressée. Dans ce cas, nous nous servons de fils d'argent, qui affrontent mieux les surfaces, les font mieux tenir en place et ne leur permettent pas de s'affaïsser.

L'étude des procédés de réparation du périnée est trop longue pour que nous entrions dans plus de

détails. Contentons-nous de répéter en concluant que toutes les plaies du périnée consécutives à l'accouchement doivent être réparées immédiatement. De cette façon et en procédant ainsi le gynécologue ne sera pas appelé à réparer plus tard la faute de l'accoucheur.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I (*Personnelle*).

**Primipare. — Déchirure moyenne du périnée après application du forceps. — Suture immédiate.**

Madame G..., âgée de 26 ans, primipare, me fit appeler le 6 février 1894; je constate une présentation normale du sommet en OIGA. La dilatation est complète, la malade est en travail depuis dix heures et souffre beaucoup. Je l'engage à patienter. Les bruits du cœur du fœtus sont normaux.

Cinq heures après mon premier examen, les contractions utérines sont très diminuées et les bruits du cœur fœtal me semblent ralentis. La tête n'a pas varié dans sa position; craignant pour la vie de l'enfant, je me décide à appliquer le forceps. Les tractions se font lentement, et avant l'expulsion de la tête, je retire les branches de l'instrument; la déflexion de la tête est aidée avec les mains, mais au moment où le front apparaît, le périnée se déchire. Expulsion rapide et délivrance normale.

Je procède à l'examen de la déchirure. Elle est assez profonde et à peu près médiane. Les tissus sont sectionnés sur une ligne assez régulière. La perte de substance ne s'étend pas jusqu'au sphincter de l'anus.

Après lavage abondant du vagin et de la région périnéale avec de

l'eau phéniquée à 2 0/0, je procède à la suture avec l'aiguille d'Emmet. Deux fils d'argent suffisent à affronter les surfaces cruentées. Trois points complémentaires au crin de Florence assurent la fermeture hermétique de la plaie au niveau de la muqueuse vaginale.

Lavages de la région chaque jour avec une injection de sublimé. — Pansement iodoformé.

Huit jours après, réunion parfaite après ablation des fils.

#### OBSERVATION II.

**Déchirure moyenne de la région vulvo-périnéale, produite au moment du passage des épaules. — Rétrécissement du bassin. — Basiotripsie.**

*(Due à l'obligeance de M. Dufrêche, interne à la Maternité de Rennes).*

Clémentine R., âgée de 22 ans, primipare, entre à la Maternité le 5 juin 1894, à 7 heures du soir. Elle dit qu'elle souffre depuis le matin et qu'elle a perdu les eaux vers 10 heures.

Nous trouvons à l'examen une anse de cordon descendue jusqu'en dehors de la vulve, pendante entre les cuisses de la femme et ne présentant plus de battements. Cette procidence s'était produite vers 5 heures du soir et c'est ce qui avait amené la malade à entrer à la Maternité. Le col, incomplètement effacé, était perméable au doigt.

L'effacement se complète bientôt et la dilatation commence vers 8 heures 1/2. La partie fœtale fixée sur le pourtour du détroit supérieur rétréci le débordait en avant et à gauche.

Quand la dilatation atteignit la dimension d'une pièce de 2 francs, nous pûmes constater que la suture sagittale était à 3 cent. 1/2 du sous-pubis.

La vulve fut rasée et le vagin aseptisé.

Le 6 juin, au matin, à son arrivée dans le service, M. le professeur Perret trouve la femme un peu fatiguée, inquiète, mais sans fièvre. Il

juge la dilatation suffisante pour faire la basiotripsie, la tête n'ayant aucune tendance à s'engager; la suture sagittale était toujours à 3 cent. 1/2 du sous-pubis et on pouvait mettre trois doigts de champ entre le pôle fœtal et le plan coccy-sacré.

Pas de bosse sanguine.

Après avoir perforé la voûte crânienne, M. Perret voulut bien nous laisser le soin d'introduire les branches du basiotribe, de réduire la présentation et de pratiquer l'extraction.

Au passage des épaules, il se produisit une déchirure moyenne du périnée, attribuable, d'après nous, à l'insuffisance de flexion du fœtus sur son plan latéral.

Immédiatement après la délivrance, cette déchirure fut bien désinfectée, puis traitée par la suture au moyen de trois crins de Florence en double. L'affrontement étant bien obtenu, on appliqua sur la ligne de réunion de la poudre d'iodoforme.

Les suites de couches furent apyrétiques. Au huitième jour, ablation des fils. — Réunion complète.

### OBSERVATION III

**Déchirure centrale, puis antérieure et ensuite postérieure.**

— **Périnéorrhaphie immédiatement après l'accouchement.**

— **Réunion complète.**

*(Due à l'obligeance de M. Chambrin, interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes).*

Femme âgée de 30 ans, primipare, accouchée à terme. — Présentation du sommet en OIGA, au sommet du dégagement OP. — Bassin bien conformé. — Durée du travail, 9 heures.

Nous avons à noter ici que les diamètres S.O.B. et S.O.F. étaient un peu supérieurs à la moyenne. — On avait : SOB = 0 m. 10 et S.O.F. = 0 m. 12<sup>5</sup>. Quant aux tissus périnéaux, ils étaient flasques, mous et devaient opposer peu de résistance à la pression fœtale. Les vergétures étaient larges et nombreuses.

Au moment de la déflexion, il s'est produit une déchirure centrale du périnée. Au passage du front, cette déchirure s'est étendue jusqu'à la fourchette en avant et jusqu'à la moitié de l'épaisseur du sphincter en arrière.

De cette extrémité postérieure de la déchirure partaient deux expansions latérales peu profondes, donnant à l'ensemble la forme d'un lambda ( $\lambda$ ).

La périnéorrhaphie a été faite aussitôt après l'accouchement avec quatre points de suture profonde au fil d'argent et six points superficiels au crin de Florence.

Huit jours après, la réunion était complète.

#### OBSERVATION IV (*Idem*).

Femme âgée de 22 ans, bien constituée, primipare, bassin normal.  
— Présentation du sommet en O.I.G.A. Au moment du dégagement la tête était en O.P.

Au moment du passage de l'occiput à travers l'orifice vulvaire, il s'est produit une déchirure périnéale s'étendant jusqu'au sphincter externe exclusivement.

Immédiatement on a fait un double rang de sutures : l'un profond contenant trois points de suture au fil d'argent et quatre superficiels au crin de Florence.

Au huitième jour les fils ont été enlevés; la réunion était complète.

OBSERVATION V

**Déchirure complète du périnée. — Restauration quatre mois après l'accouchement. — Avivement puis suture. — Insuccès, mais guérison obtenue après suture secondaire.**

*(Due à l'obligeance de M. le Dr Ferraud, de Rennes).*

Mme X., âgée de 32 ans, est accouchée pour la première fois en février 1894. Le travail durait depuis 6 heures seulement et la dilatation était complète, quand le Dr X., qui assistait la parturiente, se décida à faire une application du forceps en raison de ce que la tête ne faisait aucun progrès et que les bruits du cœur du fœtus paraissaient diminués et ralentis. Les tractions durèrent pendant près de 25 minutes et amenèrent au monde un enfant bien constitué, mais qu'on eut beaucoup de peine à ranimer.

L'accouchée est une femme très grosse, de taille moyenne. Elle n'eut pas de suites de couches fâcheuses, mais, au passage de la tête, le périnée fut déchiré dans toute son étendue.

On ne fit pas de périnorrhaphie immédiate. La malade se leva au bout de 14 jours, présentant une incontinence des matières fécales, à moins que celles-ci ne fussent très dures. — L'infirmité dont souffrait cette femme lui fit réclamer une intervention qui fut décidée le 30 mai, quatre mois après la rupture périnéale.

La déchirure du rectum portait sur une hauteur de 4 centimètres. L'opération consista à faire un avivement très large en aile de papillon et à dédoubler la cloison recto-vaginale jusqu'à 3 centimètres environ au-dessus de l'angle supérieur de la déchirure. Trois points de suture au fil d'argent passant dans la cloison recto-vaginale sont disposés de telle sorte qu'ils ne sont pas visibles au niveau de la déchirure elle-même. Ils donnent un affrontement très satisfaisant qu'on complète avec des points de suture au crin de Florence.

Pansement iodoformé. — La malade est soudée deux ou trois fois par jour. — Opium à l'intérieur.

Le 10 juin, on constate un écoulement assez abondant, muco-puru-

lent. En même temps, à la face interne des cuisses on observe de larges plaques d'intertrigo.

L'examen direct permet de constater que la réunion n'est pas obtenue. On enlève les fils d'argent et les crins de Florence.

Le lendemain 11 juin, après désinfection soigneuse au sublimé et grattage à la curette de Volkman de la surface d'avivement, l'opération est recommencée, mais au lieu de fils d'argent, on pratique la suture avec la soie plate n° 4 de Leclerc et on la passe de la même façon que pour les fils d'argent. Suture muqueuse complémentaire du vagin avec des fils de catgut à points séparés.

Fils enlevés seulement au bout de 14 jours. Réunion parfaite. Le sphincter anal est reconstitué et retient les matières et les gaz.

## CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire des déchirures du périnée et de leur traitement, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — Le périnée est une région dont l'importance physiologique est considérable chez la femme. C'est le véritable soutien des organes contenus dans le petit bassin : aussi, quand il a été rompu et que son rôle n'est plus qu'imparfaitement rempli, voit-on survenir une série de troubles consécutifs à l'affaiblissement du plancher pelvien.

II. — Les causes des déchirures périnéales tiennent à la mère, au fœtus, ou à l'intervention de l'accoucheur. D'une façon générale on peut dire qu'elles sont produites par le fait de la disproportion des organes maternels et de ceux du fœtus, mais on doit ajouter que ces déchirures reconnaissent aussi pour cause l'expulsion trop rapide de l'enfant : le périnée se rompt avant que l'élasticité de ses parties constituantes ait été suffisamment mise en jeu.

III. — Les déchirures du périnée exposent la mère

à une série de conséquences graves ; les unes sont immédiates, telles que l'hémorrhagie ou l'infection puerpérale ; les autres sont éloignées et résultent de l'affaiblissement du plancher pelvien. Bien des troubles qu'on observe du côté des organes génitaux, et en particulier du côté de l'utérus, n'ont pas d'autre origine que la déchirure ancienne du périnée.

IV. — Le traitement doit être prophylactique et curatif. Dans l'accouchement normal, le traitement prophylactique consiste à bien soutenir le périnée et surtout à empêcher la sortie trop brusque de la tête. De même on doit dégager avec soin chaque épaule. Il faut être sobre d'interventions obstétricales, surtout chez les primipares, et n'appliquer le forceps, que quand il est nettement indiqué de le faire dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. — Le traitement curatif doit consister dans la suture *immédiate* de la déchirure.

---

Vu : le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu : le Président de Thèse,  
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.



